Voix du mourant et de l'accompagnant

Un accordage au delà de la parole et du toucher

Nathalie ESTIENNE

MCF Musicologie Université Lyon Lumière (Lyon 2)
UFR LESLA Laboratoire Passages Arts et littérature XX-XXI

DOI : https ://doi.org/10.17184/eac.8958

Résumé : Ce chapitre interroge la place et le rôle de la vocalité dans le contexte de l'accompagnement du mourir et s'attache à montrer comment elle fait partie intégrante de la relation intersubjective qui peut s'établir même dans les situations où la parole et son contenu sont considérés comme l'essentiel de la communication. La vocalité réfère ici aux paramètres sonores de la voix parlée ou chantée, incluant les inflexions, le timbre, le volume, la vitesse d'une voix. Ainsi, à partir d'un petit nombre d'entretiens menés avec des personnels soignants, médecins de différentes spécialités et infirmière, l'accompagnement du mourir est abordé par l'angle de la voix qui, souvent à l'insu du locuteur, constitue un élément fort de l'écoute empathique caractéristique de ces situations. Cette étude de cas tend à montrer les points communs existant entre l'accordage affectif théorisé par la psychologie clinique de l'enfant et la réflexion philosophique de Paul Ricoeur selon lequel l'accompagnement du mourir est à penser dans l'ordre d'un « donner-recevoir » subtil, nourri par l'esprit de fraternité. Enfin, l'étude tend à faire émerger comment les situations d'accompagnement relatées dans les entretiens interrogent le rapport à l'écoute et à la voix d'une société.

Mots-clés : Mourir ; Communication ; Voix ; Vocalité ; Chant.

1 Introduction

Dans le contexte des unités de soins palliatifs ou de réanimation, de nombreuses études explorent la dimension interactive de la relation des soignants aux patients (Grosclaude, 2003, 2019 ; Amyot, 2008, Laurent et *al.* 2014, Garric, Pugniere-Saavedra et Rannou, 2022 ; voir Bellachhab et *al*, dans cet ouvrage). Ces études sont construites à partir d'entretiens avec les accompagnants, issus du monde médical (voir Auriac-Slusarczyk et *al*, dans cet ouvrage ; voir El Haik Wagner, dans cet ouvrage) ou pas (bénévoles, ou proches du malade), et font émerger la notion d'intersubjectivité comme une condition nécessaire à l'accompagnement d'un malade en fin de vie, quel que soit son état : dans le coma et maintenu en vie par un lourd appareillage technique,

atteint de démence ou de mutisme, le malade est décrit comme une personne mobilisable psychiquement, « pour peu qu'elle soit considérée comme Sujet qui vaut la peine » (Grosclaude, 2003 : 7). La parole et le toucher (avec, comme corollaire, le regard) sont présentés dans ces études comme les vecteurs privilégiés de cette nécessaire considération, la communication verbale et tactile devenant, dans ces situations très spécifiques d'écoute empathique, une manière « d'être avec » particulièrement précieuse (Burnouf, 1991 ; Luquel, 2008). Si, dans la relation au mourant, la parole est valorisée, nous voulons nous pencher ici sur ce qui lui donne vie, ce qui en fait *la substance*, la matière poétique : la voix et, plus généralement, tout ce qui relève de la *vocalité*, à savoir, la vitesse de débit, le timbre, les inflexions, les silences, et même le chant, tous ces attributs qui donnent à la voix sa texture, son énergie, sa présence. Implicitement reliés à la parole, les qualités sonores de la voix parlée sont rarement évoquées comme objets d'attention à part entière dans les études citées ci-dessus ; dans l'enquête que nous avons menée, elles se trouvent même le plus souvent hors du champ de conscience des accompagnants interrogés. Pourtant, ces paramètres constituent un canal sensoriel privilégié dans les situations d'interaction où les signifiés de la parole ne sont pas exclusifs dans l'établissement de la communication. C'est le cas par exemple des situations de communication parent/enfant, théorisées par la psychologie clinique dans le domaine du développement de l'enfant à travers le concept d'accordage affectif (Stern, 1985) ou de musicalité communicative (Trevarthen, 2010), dans lesquels l'échange et la compréhension mutuelle passent par la synchronisation entre inflexions vocales, gestes, regards et paroles :

> « Une fillette de dix mois joue de façon amusante et répétitive avec sa mère et la regarde. Le visage de la petite fille s'ouvre (sa bouche s'ouvre, ses yeux s'élargissent, ses sourcils se soulèvent) et puis se referme, dans une série de transformations dont le contour peut être représenté par un arc. La mère répond en psalmodiant « Ouuuuh ! » avec une hauteur de son qui s'élève puis descend comme le volume qui va crescendo puis decrescendo. Le contour de la prosodie maternelle s'est accordé au contour dynamique du visage de l'enfant. » (Stern, 1985/1989, p. 184)

Dans cet infra langage significatif pour les 2 acteurs de l'échange (bébé et parent), où l'écoute mutuelle est au centre d'un « donner-recevoir » en action, la *vocalité* émerge comme un geste à part entière : conjuguée aux autres canaux sensoriels, elle participe de la relation intersubjective qui se crée entre parent et enfant, et, allant souvent jusqu'au chant dans ce contexte de la petite enfance, installe du côté de l'enfant la confiance nécessaire à l'élaboration d'une image de soi sereine et constructive. Le climat d'affection heureuse dans lequel se déroulent ces premières expériences de communication est une variable de leur efficience (Golse, 1999).

À l'autre bout de la vie, au moment des derniers instants, l'idée d'une communication qui s'élabore dans une expérience sensorielle chargée de générosité n'est pas sans faire écho à certains aspects que développe le philosophe Paul Ricoeur dans sa réflexion sur la mort, notamment sur ce qu'*accompagner* le mourir veut dire. En effet, Ricoeur récuse l'idée selon laquelle les derniers instants soient soumis au régime du « plus

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

rien ». L'expression qu'il utilise comme titre de son ouvrage *Vivant jusqu'à la mort* (Ricoeur, 1997) rend droit « à la lutte pour la vie, à l'attention, au soin, au secours que celle-ci sollicite » (Crépon, 2008, p. 57) à l'endroit de celui qui n'est pas à considérer comme un « presque-mort » (Jankélévitch, 1977), mais bien « vivant jusqu'à la mort ». Dans la notion d'accompagnement du mourir se joue, selon Ricoeur, le partage d'un « essentiel », à savoir « le transfert sur l'autre de l'amour de la vie » (Ricoeur, 1997, p. 76,77). Ce « partage de fraternité » s'inscrit dans l'expérience vécue, entre l'accompagnant et le mourant, d'une forme de continuité sensorielle dont on entrevoit ici les points communs avec les situations premières de communication et d'échange que nous évoquions plus haut :

> « J'avais pris la main de H. qui n'avait pas eu la force d'ouvrir les yeux. J'avais senti seulement une réponse de ses doigts, une pression légère : message presqu'imperceptible [le donner-recevoir encore là[1]] »

Dans cette évocation par Ricoeur (1997) du témoignage de l'écrivain espagnol Jorge Semprun (1994), racontant la mort de Maurice Halbwachs à Buchenwald en 1944, le regard et le geste sont les marqueurs d'une présence d'autant plus forte que ces mêmes gestes et leurs réponses sont infimes. Ricoeur poursuit son commentaire du récit de Semprun : « Mais il fallait encore aider par une parole non médicale, non confessionnelle, poétique et en ce sens, proche de l'essentiel », et cite la suite du récit autobiographique de l'écrivain :

> « Alors dans une panique soudaine […], conscient de la nécessité d'une prière, la gorge serrée, je dis à haute voix, essayant de maîtriser celle-ci, de la timbrer comme il faut, quelques vers de Baudelaire. C'est la seule chose qui me vienne à l'esprit […] » (Semprun, 1994, cité par Ricoeur, 1997, p. 49)

Dans cet exemple, la vocalité s'exprime à travers la voix qui dit le poème, la voix « timbrée comme il faut » marquant par-là sa distinction de la parole d'une conversation habituelle. Ici, dans la continuité du regard et du geste, la voix est *son* avant d'être *sens*. La réponse du mourant se traduit par « un regard moins flou, [qui] semble s'étonner » puis celui-ci « sourit, mourant, son regard sur moi fraternel. » Au geste s'associe la voix, à la voix répond le regard, au regard le sourire. Le continuum corps-voix est ici au centre de l'intersubjectivité.

En regard de ces différentes approches, l'une en psychologie de l'enfance, l'autre en philosophie, la voix parlée ou chantée comme manifestation sonore d'une présence bienveillante et porteuse de vie, « transfert sur l'autre de la fraternité » selon le mot de Ricoeur, émerge comme un objet commun aux premiers comme aux derniers moments d'un individu, recouvrant là sa fonction communicative intersubjective vitale[2]. C'est

[1] C'est Ricoeur qui commente entre [crochets].

[2] Qu'il s'agisse des bébés de l'expérience désastreuse au XIIIe siècle commanditée par Frédérik II empereur du Saint Empire Germanique, ou bien de l'esseulement des « presque-morts » que Norbert Élias (1982) dénonce dans *La Solitude des mourants* comme une marque distinctive de nos sociétés modernes, la communication et la présence par la voix s'avèrent essentielles à la nature sociale de l'humain.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

donc cette vocalité en jeu dans l'adresse au mourant que nous souhaitons interroger, en faisant l'hypothèse que, même hors du champ de conscience des accompagnants, elle est complémentaire de la parole qu'elle peut, dans certains cas, absorber au profit d'un « donner-recevoir » essentiel dans l'accompagnement des mourants.

L'enquête par entretiens que nous avons menée entre février et avril 2023 auprès de personnels soignants engagés dans l'accompagnement de mourants nous fournit un matériau déclaratif dont les limites autant que les avantages retiennent toute notre attention. En effet, l'idée de notre approche n'est pas d'analyser la vocalité comme *un outil* auxquels les enquêtés auraient délibérément recours, mais plutôt d'analyser la façon dont la vocalité s'exprime dans la manière dont ils restituent leur expérience de l'accompagnement, et, par extension : ce qu'ils disent de cette expérience (le contenu), les modalités vocales auxquelles ils ont recours pour la relater (l'énonciation), comment le dialogue avec le mourant prend vie en s'insérant dans leur récit, et si le chant s'invite à leur expérience d'accompagnement. Comme tout matériau déclaratif, ces données ne prétendent pas donner une vision objective de l'usage de la vocalité dans la réalité des situations exposées[3]. Cependant, à partir d'un petit corpus d'entretiens, les données recueillies fournissent un premier diagnostic sur la place de la vocalité dans ces situations spécifiques de communication.

Présentation de l'enquête

Cette enquête exploratoire s'appuie sur un ensemble de huit entretiens semi-directifs avec le personnel suivant : un médecin homéopathe (Entretien E1), un médecin réanimateur (E2), un médecin généraliste, directeur de La Maison de Gardanne[4] (E3), et un médecin psychiatre (E4). Par ailleurs, au sein d'un même centre hospitalier, ont été interviewés les membres d'une équipe mobile de soin palliatifs réunissant une aide-soignante (E5) l'un des trois médecins de l'unité (E6), une infirmière (E7) et la psychologue du service (E8). Nous proposons dans cette étude de présenter en tout premier lieu les grandes tendances relevées dans les huit entretiens, pour ensuite resserrer notre angle de vue sur le lien de complémentarité entre la parole et la vocalité, même dans les situations d'accompagnement relevant de techniques thérapeutiques spécifiques.

2 Les grandes tendances des entretiens

Avant d'entrer dans un grain fin d'analyse, signalons l'émergence prévisible de deux variables fortes de cette étude de cas : (1) l'irréductibilité de la peur de la mort, quelle que soit la spécialisation médicale, et (2) le degré de familiarité que nourrissent les personnes interrogées avec la voix et/ou le chant.

[3] L'observation directe relève d'un dispositif de recherche délicat du point de vue éthique et long à mettre en place, ce que nous envisageons toutefois dans un avenir proche, encadré par des laboratoires partenaires.

[4] La Maison est un établissement associatif (loi 1901) de soins palliatifs, à Gardanne dans le département des Bouches du Rhône, créé en 1994 dans le contexte de l'épidémie de VIH, à l'initiative d'un médecin généraliste (ici interrogé), d'une assistante sociale et d'un infirmier. Depuis, l'équipe s'est considérablement agrandie et la prise en charge a évolué vers l'accompagnement de personnes malades dans un moment d'aggravation, quelles que soient les pathologies.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

2.1 L'inacceptable de la mort

Concernant cette première variable, l'entretien le plus caractéristique est celui du médecin réanimateur, qui, par sa spécialisation, côtoie la mort au quotidien : « Nous, dans nos services, la mortalité elle est conséquente, on va perdre environ … la mortalité moyenne elle est aux environs de 15%, c'est beaucoup ». À la fin de l'entretien, alors que la communication avec les patients a été à de nombreuses reprises déclarée impossible dans les situations létales décrites, surgit la phrase suivante : « Moi mon idée c'est soigner, mon idée c'est soigner … (*rire*) je fais une espèce d'abstraction de la mort en fait, c'est pour ça que la mort me fait un peu peur parce que la mienne me fait peur[5]. » Le pendant de cet inacceptable réside dans la difficulté à évoquer le moment propre au trépas (voir Auriac-Slusarczyk et *al.*, dans cet ouvrage), son caractère de profonde intimité et la réserve de mise de la part de celui qui l'évoque. Par exemple, à la toute première question « Pouvez-vous décrire les conditions dans lesquelles vous avez pu assister les personnes dans les derniers moments de leur vie ? », le médecin psychiatre, dans l'entretien E4, qui déclarera avoir « vu beaucoup de gens mourir », préfère ici un commentaire :

> « Assister, on peut effectivement assister, mais … c'est une amphibologie assister, on peut assister, on peut accompagner et on peut aussi essayer de comprendre ce qu'il se passe… Moi ce qui me frappe toujours, c'est le lien qu'il y a entre… du côté de personnes qui… le lien entre la mort et la dépression, voilà. » (Entretien E4)

Tout aussi inacceptable est déclaré le temps bref et brutal du surgissement de la mort :

> « J'ai vu à quel point il était difficile d'utiliser le mot *mort*. Alors là hein, … je vois : mourir, encore… il y a quelque chose de l'ordre du mouvement, de la temporalité, mourir, ça s'étale, mais la mort, ban ! c'est quelque chose ! alors il faut utiliser souvent des… des formes un peu contournées, imagées […] » (Entretien E4)

2.2 Trouver les moyens d'adoucir

Au-delà de la gestion médicamenteuse de la souffrance, le recours à des pratiques non formalisées de soin, intuitivement mobilisées telles que les massages ou l'écoute de musique, « une musique douce que le patient aime bien » (Entretien E5) sont présentés comme des remèdes, qui, même reconnus comme aléatoires, peuvent adoucir le ressenti du patient :

[5] De fait, la suite de l'entretien, notamment les 13 dernières minutes, le médecin réanimateur les consacre au récit d'expériences traumatisantes de la mort de proches et amis, ainsi qu'à ses propres angoisses de mort.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

> « J'ai jamais été formée sur le toucher relationnel[6], c'est quelque chose qui m'est personnel moi, ben quand moi-même je vais voir mon esthéticienne pour des massages, je prends en fait c'qui me fait du bien, que j'apprécie, et euh j'essaye de le rendre ; est-ce que je le fais bien ? Je l'sais pas, euh voilà, mais j'essaye de prendre mon temps, voilà, j'essaye, avec mon vécu personnel. » (Entretien E7)

2.3 Des modes d'expression artistique évoqués mais pas le chant

Parmi les langages artistiques décrits comme moyen de communication avec les patients en fin de vie, les arts visuels ou poétiques sont toujours cités en priorité :

> « Ah ben bien sûr ! y'a l'art thérapie, y'a … y'a beaucoup de choses qui se passent ici avec l'art thérapeute. L'art thérapeute va proposer de travailler sur un dessin, sur une histoire vécue, sur quelque chose […] nous on travaille beaucoup euh sur tout l'aspect artistique, enfin l'aspect culturel et artistique. » (Entretien E3)

De même, lorsque le médecin psychiatre évoque la diversité nécessaire des pratiques artistiques qu'il a développées au sein de son service à l'hôpital, il cite :

> « […] le dessin la peinture, la venue régulière des gens qui faisaient de la sérigraphie, du théâtre, de la danse, euh du graphisme, donc beaucoup de … c'est la diversité de ces pratiques artistiques ouvertes et proposées à chacun qui permettait donc sans doute de … recoudre quelque chose. » (Entretien E4)

2.4 Les situations d'accompagnement avec du chant sont reliées à l'enfance

Ainsi, ni la musique et moins encore le chant ne sont cités spontanément. Or, les situations où le chant se substitue à la communication avec le mourant, sans être fréquentes, ne sont pas pour autant exclues des expériences ici recueillies :

> « J'ai le souvenir aussi d'une patiente en fin de vie, c'était mon ancienne voisine d'ailleurs, donc je l'avais en charge, et euh elle était vraiment au bout, y'avait plus de contact, enfin plus de contact verbal, elle était semi comateuse et y' a son fils qui est arrivé, qui était musicien, et sa fille chantait, et il me dit : Patricia, tiens, euh euh Julie, – donc sa fille, la petite fille de la patiente – Julie a enregistré une chanson pour elle, est-ce que tu crois que je peux lui faire écouter ? je lui dis : Mais vas-y ! mais bien sûr ! (*Elle inspire*) Donc il lui dit : Maman, Julie elle te chante une chanson, je te la fais écouter !' Donc j'les ai laissés et euh il est venu me chercher et il me dit 'elle est partie' (*silence*) C'est magnifique, c'est génial quoi ! elle a entendu sa petite fille et … elle est partie. » (Entretien E7)

[6] Cela dit, le massage comme technique de soin est de plus en plus présent dans les programmes de formations des personnels. Voir par exemple la méthode de soin Gineste-Marescotti longtemps débattue (Amyot, 2008)

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

Si le chant est évoqué dans ce corpus, c'est toujours lorsque des enfants sont en jeu dans les moments relatés. Ainsi, dans l'entretien E1, seul discours où la voix et l'écoute sont spontanément mis en scène, est retracée l'expérience de son auteur, médecin homéopathe, et de ses années d'externat en pédiatrie, durant lesquelles elle a accompagné des bébés en détresse cardiaque :

> « L'enfant est très très sensible à la … j'ai failli dire la vocalise ! mais je ne sais pas si c'est la vocalise, je ne sais pas, ça m'est venu comme ça ce mot… Est-ce qu'on a, euh, une espèce de phrasé qui pour lui est musical ? je ne sais pas … » (Entretien E1)

L'accompagnement des enfants apparait comme une spécificité qui, dans les services, n'est pas partageable par tous :

> « J'étais externe et interne parce que quand on était à [Nom de la ville], y'avait un service de pédiatrie et de maternité ; quand l'interne mettait au monde un enfant qui avait besoin de réanimation, il était transporté au CHU, on disait : 'ben tiens toi, t'aimes bien les enfants, on doit envoyer un enfant [au CHU], c'est toi qui l'accompagneras' et j'accompagnais l'enfant jusqu'en réanimation néonatale. » (Entretien E1)

3 Parole et vocalité : une complémentarité cachée

3.1 La parole et le corps : une continuité sensorielle consensuelle

Comme dans toutes les études citées dans notre introduction, la parole émerge dans les entretiens comme le principal vecteur de communication, et il s'agit même d'une parole *sans arrêt* :

> « Quand quelqu'un risque de mourir, j'avais l'impression que je devais parler non-stop, il ne fallait pas qu'il y ait de trou dans l'élocution, fallait surtout surtout ne rien arrêter, parce que quand j'avais un blanc, je sentais qu'il y avait quelque chose qui se crispait, fallait que je parle en permanence, même si je rabâchais trente-six mille fois la même chose, peu importe, il fallait parler. » (Entretien E1)

L'urgence à parler, au risque de noyer le sens dans la logorrhée rend compte ici de la parole comme un espace habité par le son, ne souffrant aucun « trou », à savoir aucune rupture dans la continuité sensorielle et temporelle créée, au risque de « crisper », à savoir figer ce flux dont on peut imaginer qu'il constitue symboliquement, pour le médecin accompagnant et le mourant, l'expression sonore du fil continu de la vie.

La parole comme « voix présente qui parle » n'est pas la seule modalité sensorielle marquant le contact. Il y a aussi « le poids du corps qui s'assoit sur le lit, l'odeur et la chaleur, la respiration » (Entretien E1), autant d'expériences sensorielles puissantes qui tendent à maintenir la perception par le malade de la continuité, de la présence au monde.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

> « La présence du poids de mon corps sur le lit, je le faisais consciemment, exactement comme quand on est malade, quand j'étais malade, si quelqu'un s'asseyait sur le lit, j'avais l'impression d'une proximité, donc c'était agréable » (Entretien E1)

Le parler s'affirme comme le prolongement du corps qui prend sa place dans le regard du patient :

> « Quelqu'un qui est en détresse, qu'il le manifeste par de l'agressivité ou par des pleurs, euh et ben faut déjà se mettre à sa hauteur donc euh moi c'que j'fais je baisse la barrière du lit, j'm'assois sur son fauteuil et euh j'mets la main sur son poignet ou sur sa main (*l'enquêtée fait le geste en même temps en se penchant vers l'avant*) » (Entretien E7)

À travers ces modalités de communication, une dialectique s'installe entre un présent concret, par la parole qui est entendue, le regard et le contact corporel, et un temps abstrait, porté par le sens des paroles : évoquer l'enfance, les habitudes, les goûts du malade.

> « Et ben là pour l'instant par exemple on a une dame, elle est, pfouh ! elle est contente de rien, la nourriture ça fait pas, euh la douleur et ben on n'arrive pas à la gérer voilà quoi, à des moments, elle se replie sur elle-même elle est pas dans la communication du tout, non, non, non, elle pleure, elle pleure pas mal ; alors oui, on la fait parler d'elle et ce week-end, elle nous a dit que, ben le vendredi, elle avait un rituel : elle allait toujours chez le coiffeur pour se mettre belle parce que le dimanche, elle faisait des lotos avec ses amies, voilà, c'était son rituel. » (Entretien E5)

Si la parole renvoie ici à un rituel, emblème d'une temporalité immuable, elle peut aussi créer un imaginaire par le pouvoir de la pensée. Dans les deux cas, la parole crée un espace dans lequel le malade peut se projeter :

> « Je leur expliquais[aux enfants malades] qu'il fallait qu'ils se mettent dans un ballon *(voix ferme de l'enquêtée)* et ce ballon naviguait dans les nuages, et qu'il se promenait, ils pouvaient reconnaitre la maison où ils avaient vécu (*voix qui ralentit*) l'école où ils pouvaient voir leurs copines, enfin voilà, et je les promenais comme ça cette espèce de … je les amenais, je ne sais pas dans quelle dimension […] et cela marchait très très bien avec les enfants, parce qu'ils me le réclamaient ; et puis des fois je disais 'Ah je suis sûre que tu vois tout ça ! Je suis sûre que tu vois ta maison tout de suite *(la voix a changé de registre, elle est passée en voix de tête)* tu vois ton école, oh là là ! Il y a des copains dans la cour qui sont en train de jouer !' Et ben, ils avaient un petit sourire *(voix plus grave et monocorde).* »

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

Dans ces exemples, la communication est à appréhender non pas comme un échange discursif, mais en termes d'*espace* dans lequel les deux sujets s'accordent selon différentes modalités sensorielles.

3.2 La vocalité dans la parole : un rapport plus difficile

Les nombreuses inflexions vocales de l'entretien E1, signalées entre parenthèses dans le verbatim placé ci-dessus, nous mettent en présence d'une forme de mise en scène de la parole où les jeux vocaux participent de la fonction projective du discours. Si les enfants y sont particulièrement réceptifs, ces jeux vocaux indiquent aussi de la part de l'enquêtée une sensibilité à l'écoute et une aisance avec les paramètres de la voix, uniques dans le corpus constitué. Jouer ainsi de sa voix comme on jouerait d'un instrument n'est pas éloigné de la voix chantée et, de fait, le rapport à celle-ci, quand elle est explicitement évoquée dans les entretiens, est rarement serein :

> « Si un patient me demandait de chanter, j'crois pas que j'y arriverai parce que euh …. Ça s'rait livrer quelque chose de moi, et ben euh (*elle s'approche de moi*) si je chante faux, si ma voix lui convient pas, enfin, franchement, moi j'pourrai pas, parce que je, enfin, parce que je sais pas faire j'ai envie de dire, voilà. » (Entretien E7)

Ou encore, de la part de l'aide-soignante :

> « Ah j'me verrai pas chanter ! Enfin si c'était pour rigoler comme ça peut-être ! Mais, non j'me verrai pas chanter, j'pense pas non » (Entretien E5)

La pudeur ressentie d'une vocalité libre et fluide à la source du contact à établir et de la présence à maintenir, plutôt que le discours, peut même être gênante. Ainsi, lorsque l'homéopathe raconte comment elle a été missionnée pour transférer un bébé en réanimation, d'un petit hôpital de province au CHU de région, alors qu'aucun contact physique n'est possible du fait de la couveuse dans laquelle le bébé est placé, elle précise :

> « Ah oui, là je lui parlais au bébé, c'était facile de le réconforter : 'T'inquiète pas (*la voix est plus forte, dans le grave en renforçant les attaques*) tu vas arriver dans un service où les médecins sont tous brillants, tu verras, là il ne faut pas te laisser aller, la vie c'est super, tu vas voir !' » (Entretien E1)

Elle poursuit :

> « […] Je pouvais m'approcher [de la couveuse], je pouvais toucher le plastique, j'faisais ça, et j'me souviens, il se détend et le cœur tape moins fort et la respiration devient beaucoup plus apaisée, donc euh je savais bien qu'il m'entendait. » (Entretien E1)

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

La fluidité vocale dont témoignent les inflexions utilisées associée à des propos d'ordre professionnel à l'adresse du bébé de la part de l'interviewée de l'entretien E1 (ci-dessus) mettent mal à l'aise l'ambulancier qui l'entendait parler :

> « L'ambulancier disait : T'as pas fini tes *conneries* ?' parce que ça les agace, c'est pas qu'ils considèrent que ce sont des *conneries*, c'est que …comme ils peuvent pas le faire, forcément, si toi tu le fais c'est des conneries… enfin … y'a quelqu'un qui ose parler comme ça et… [cela les gêne] ! »

On voit comment la spécificité de ces situations de communication peut être dérangeante par rapport à ce que dictent les pratiques sociales quant à la norme d'une situation de communication et à l'usage de la vocalité : tenir des propos d'adulte à un bébé en danger de mort ou chanter pour transmettre ce que Ricoeur nomme « l'amour de la vie » à un adulte qui va mourir aurait ainsi quelque chose d'incongru. La gêne par rapport au chant, exprimée plus haut par l'infirmière et l'aide-soignante, s'inscrit dans ce même rapport à une norme, où les modes de communication peuvent être cloisonnés et conditionnés par des représentations sociales. Les usages de la voix en société sont particulièrement touchés par ces conditionnements. Perception et communication sont ainsi à appréhender dans ces moments d'accompagnement du mourir selon un autre paradigme que celui de la vie courante. Voici ce qu'en dit le docteur C. médecin de l'unité mobile de soin palliatif :

> « [Ce que je dis aux proches du patient lors de ces derniers moments est] que ce n'est pas un temps pour rien, même s'il n'y a pas de réponse de la part de l'agonisant ; la perception du malade est différente mais bien réelle, perception d'une voix connue, d'une voix familière, d'une présence, même dans le coma, on ne sait pas le degré de perception de la présence de l'autre, de son proche. Il n'y a plus de réaction à un ordre, à la parole, mais peut-être qu'il y a une perception d'une présence familière, d'une voix familière. » (Entretien E6)

La voix semble particulièrement puissante dans ce contexte, la voix familière et par là même sécurisante. Dans le domaine de la voix chantée, le neuropsychologue de la musique Hervé Platel, spécialiste des rapports entre musique et mémoire, indique par exemple qu'on dispose d'évènements relativement nombreux témoignant du rôle du chant sur la mémoire autobiographique : des patients adultes sortis du coma ont pu révéler l'effet de l'écoute de chansons sur leur capacité à se réveiller[7] (voir Mutis, dans cet ouvrage). Comme on voit, prendre en compte le rôle de la vocalité dans l'accompagnement du mourir invite à des conceptions élargies et affinées non seulement des modalités vocales de la communication, mais aussi de ce qu'écouter veut dire. Ces

[7] Lors d'une conférence en ligne organisée par le réseau de chercheurs RECOMUSES (réseau cognition musique enseignement santé)le 6 avril 2023, Hervé Platel signale l'exemple d'un boulanger anglais en 2008, plongé dans le coma après un infarctus, à qui on a laissé la radio allumée dans la chambre ; au bout de quelques jours il se réveille, et dira que l'écoute de la chanson des Rolling Stones de 1965 « Satisfaction » lui a rappelé son adolescence et l'énergie qu'il avait alors pour vivre, lui donnant la force de se réveiller. https://opencast.dsi.uca.fr/paella/ui/watch.html?id=62c74fc8-db4d-4b7c-8aca-78786b55ca5f.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

faits nous invitent à reconsidérer la place de la voix et de la musique dans l'existence d'un individu, qu'il soit musicien ou pas, comme une reconnaissance des forces, des ressources dans lesquelles la vie, jusqu'à la fin, va puiser.

3.3 Les modalités vocales d'une technique d'accompagnement par la parole : le cas du « redoublement » en psychiatrie

L'entretien avec le médecin psychiatre a été donné dans l'atelier où se rendent, selon leur gré, les malades psychotiques du docteur M. Alors que nous avions commencé les questions depuis une quinzaine de minutes, l'un des malades a fait irruption dans la pièce et s'est joint à notre échange. Certes, la situation que nous allons analyser en détails n'est pas celle d'un accompagnement du mourir. Cependant, elle met en scène le souvenir de l'émotion ressentie par un patient psychotique lors de ses différentes tentatives de suicide, et la manière dont le médecin psychiatre accompagne cette émotion revécue. Il s'est en effet déroulé entre le médecin et son patient un moment de dialogue d'une grande subtilité du point de vue de l'interaction, moment qu'il est par ailleurs difficile de réduire ici, tant le continu de ces interactions donne sa force à l'échange. Dans ce moment où le souvenir de la mort imminente est recontextualisé permettant une certaine prise de distance, le médecin utilise la technique du redoublement, une modalité spécifique d'accompagnement thérapeutique qui consiste à réitérer ce qui est dit par le malade. La réitération n'est pas seulement répétition : les inflexions vocales du médecin ne changent pas la signification de la phrase réitérée mais lui ajoutent en quelque sorte une intention : le ton de la voix, descendant vers le grave comme une phrase affirmative (même s'il s'agit d'une question), non seulement transmet l'accueil sans condition de ce qui vient d'être dit, mais aussi invite le patient à poursuivre, à développer sa parole tout en rendant très discrète celle du médecin. De plus, le registre grave de la voix de ce dernier, son rythme posé sans précipitation, ses attaques claires sans être rudes, et la prononciation juste de chaque syllabe créent une présence solide et rassurante. Rien d'artificiel dans cette façon de réitérer… au contraire, tout se passe comme si la parole du malade faisait peau neuve dans la voix du psychiatre, qui en donne un nouvel éclairage, sans pour autant la juger ou la transformer. Les inflexions vocales que nous avons relevées permettent de créer subtilement un *espace* dans lequel la parole présente du médecin se met au service de celle du patient. Le verbatim qui suit a tout l'air d'un extrait de pièce de théâtre, tant la voix haute donne toute sa force aux propos échangés :

> *(Patient)* : « Excusez-moi, je viens chercher mon carton »
>
> *(Médecin)* – Entrez ! Entrez, M. A, l'homme au carton ! Et… j'ai parlé de vous !
>
> *(Patient)* : « Et cette dame elle fait quoi ?
>
> *(Médecin)* – Elle travaille dans un laboratoire de recherche et notamment sur la question de la mort, et donc comme vous vous n'êtes pas mort, pas encore hein ! (*Le téléphone du patient sonne)*
>
> (*Patient)* : « Ben je reviens ! À tout de suite ! »

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

Nous continuons l'entretien puis M. A surgit et dit en s'asseyant à côté de moi, face au docteur M. :

> *(Patient)* : « Bon alors, pour vous dire : La mort je perds ma tête. »
>
> *(Médecin)* - Pardon ?
>
> *(Patient)* : « La mort, je perds ma tête »

Le docteur redouble :

> *(Médecin)* - La mort *(petit arrêt)* je perds ma tête (*de façon conclusive, en descendant dans le grave de la voix.*) Asseyez-vous ! Parlez-nous !
>
> *(Patient)* :« Comment ça ferait à l'écrit : je mords ma tête de mort ! »
>
> (*Le docteur redouble)* – Je mords ma tête de mort…
>
> *(Patient)* : « Oui (*sans aucune hésitation*), je mords ma tête de mort.

Et il s'enchaîne un long moment où le médecin en redoublant les propos du malade va faire émerger la situation très délicate de la dernière tentative de suicide de M. A.

Par la suite, au cours de l'atelier, ce processus de parole où la vocalité est un moteur à part entière de l'échange, une situation très particulière de partage vocal s'est organisée : alors que le Docteur M. énonce les activités et projets de l'atelier (projet de création artistique dans des lieux isolés et improbables) chacune de ses phrases est ponctuée par des « humm » du malade. Dans le verbatim ci-dessous, nous indiquons cette ponctuation sonore en caractères italiques pour donner de la visibilité au rythme que ces insertions, dans le défilé du discours, provoquent :

> *(Médecin) et (Patient)* : « Didier[8] joue de la musique aussi, il écrit il dessine, il peint – *Humm* – vous allez venir aux ateliers céramiques -*Humm* – donc voilà, chez un artiste qui est professionnel […] et bientôt, j'espère plus tard, dans l'été, on pourra aller à Vaudable – *humm* – puisque notre idée […] est de retrouver notre appétence à participer à la nature – *humm* – à rejoindre la nature, et là-bas il y a le cimetière, le très ancien cimetière autour de l'église – *humm.* »

Puis, lors de l'évocation de la dernière tentative de suicide, c'est au tour du médecin de ponctuer, exactement de la même façon, les phrases du malade :

> *(Patient)* : « Mais j'étais pas sur le pont Docteur… *(la voix est presque chuchotée, traînante, monocorde, les attaques très effacées)*
>
> *(Médecin)* - Vous étiez pas sur le pont. (*La voix est bien timbrée, la phrase est dite sur le ton de l'affirmative tout ayant l'effet de renchérir sur la question)*

[8] C'est le prénom du patient M. A, dont l'usage ici révèle le caractère plus personnel de l'échange.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

(Patient) : « Non ».

(Médecin) -- C'est c'qu'on m'avait dit, vous étiez où alors ?

(Patient) :« J'étais dans ma chambre chez moi »

(Médecin) -- A Rochefort ?

(Patient) : « Oui ».

(Médecin) -- C'est c'qu'ils [les pompiers] m'ont dit, que vous étiez sur le pont.

(Patient) : « Non, c'était limite ».

(Médecin) -- C'était limite. (*le docteur redouble systématiquement comme s'il confirmait ce qui est dit*)

(Patient) : « Ouais, à 2, 3 heures près, c'était limite ».

(Médecin) -- *Humm.* (*long silence*) C'est comme ça que vous êtes venu à l'hôpital et à l'atelier

(Patient) :« Ouais, j'me serais jeté… vraiment (*silence*) »

(Médecin) -- *Humm. (silence)*

(Patient) :« J'y repense. *(silence)* »

(Médecin) -- *Humm.*

Ce duo dans lequel la voix fragile du patient interagit avec celle plus solide du médecin exprime alors une forme d'entente où l'échange, malgré le sujet évoqué, est d'une grande fluidité. L'harmonie ressentie interprétée entre les deux voix nous permet d'oser la comparaison avec l'une des pages les plus connues du compositeur allemand Franz Schubert dans son lied sur un poème de Goethe *Le Roi des Aulnes* (1815). L'enfant mourant, à l'arrière du père sur son cheval galopant vers le village, souffre et révèle la présence harcelante de la mort, incarnée pour l'enfant dans *le roi des Aulnes* qui lui apparait. Cependant, la voix du père, à force d'être rassurante par son timbre, ses contours mélodiques, rythmiques et harmoniques, semble sourde à l'épreuve de l'enfant[9]. Ici, au contraire, l'interaction médecin-patient s'exprime dans la complémentarité entre les voix, l'une fragile et traînante, l'autre solide et ancrée, qui, à la fin du dialogue, se rejoignent dans une même entente respectueuse et discrète, habitée par le silence. En poussant plus loin l'analyse proprement musicale d'un extrait de cet entretien, nous accédons à une véritable partition rythmique du duo. En effet, l'analyse temporelle apporte des éléments tangibles à notre interprétation de l'harmonie perçue. Trois éléments sont observés :

[9]C'est d'ailleurs ce que la culture occidentale opératique nourrit : les morts sur scène, des femmes principalement, qu'elles soient brutales ou douces, déclenchent toujours le refus, la non-acceptation et la révolte de la part du héros quand il y assiste. Voir à ce sujet LAPIED, M. (2005) La mort de l'héroïne, apothéose de l'opéra romantique, in Bertrand, Carol et Pellen (dir) *Les narrations de la mort*, PUM, p. 171-180.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

1) La remarquable régularité du tempo :

   la voix du médecin (exactement 68 à la noire[10]), à laquelle la voix du patient s'adosse (aucune rupture de tempo dans l'enchaînement des phrases de l'un et de l'autre).

2) Les interactions rythmiques complémentaires :

   Nous avons ainsi pu réécrire rythmiquement un passage au cours duquel médecin et patient évoquent ensemble les différentes tentatives de suicide :

   (Patient) : « C'est maintenant que j'arrive à être apaisé *(silence)* ; entre nous. »

   (Médecin) – Entre nous ?

   (Patient) : « Entre nous. »

   (Médecin) – Ben oui !

   (Patient) : « Humm. »

À ce dialogue correspond l'organisation temporelle suivante :

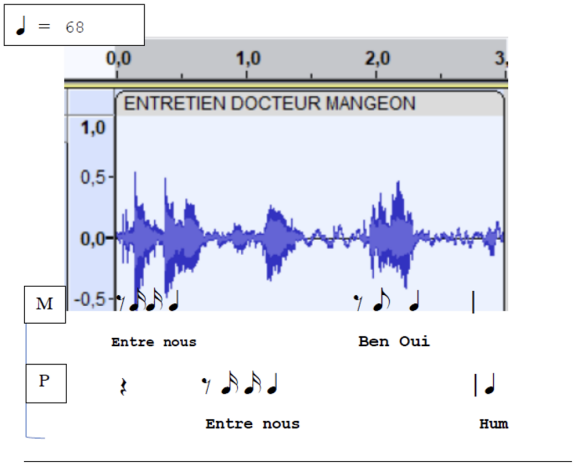


Fig. 1 : Analyse temporelle et rythmique d'un extrait de l'entretien E4 ; mise en évidence de la coordination temporelle des deux voix et correspondances rythmiques du dialogue (temps en abscisse, enveloppe d'amplitude en dB en ordonnée)

La pulsation remarquablement régulière des deux interlocuteurs nous permet de transcrire très fidèlement le dialogue en notation rythmique. Cet accord temporel et cette harmonie rythmique pourraient être à la source de l'harmonie affective ressentie. Les

[10] En musique, cette indication renvoie au nombre de battements par minute (ici 68), ce qui correspond à une certaine vitesse de débit.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

paroles utilisées sont par ailleurs très symboliques de cette entente avec cet « entre nous » répété comme un leitmotiv.

Le 3e élément d'observation réside dans la part accordée aux silences, quand ils ponctuent les propositions du patient ou du médecin. Pour donner une idée de cette organisation, nous choisissons un court extrait du dialogue où les silences s'étalent sur une durée égale ou un peu supérieure à deux secondes :

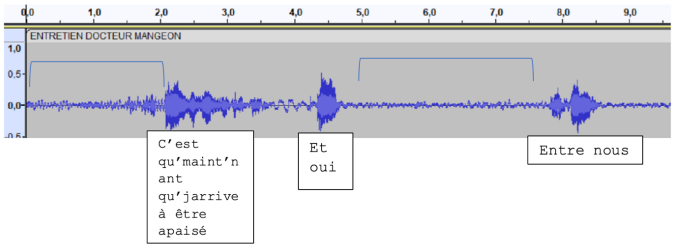


Fig. 2 : Enveloppe temporelle d'un extrait de l'entretien E4 ; mise en évidence de la relative symétrie des silences de part et d'autre des deux premières propositions.

S'il existe un accordage, c'est-à-dire un partage de l'émotion interne sans que l'expression vocale ne soit totalement identique d'une personne à l'autre (les intonations, le timbre et le volume des deux voix étant différents), c'est dans l'agencement temporel parfaitement synchronisé des interactions, au point qu'il est possible, comme dans un duo chanté, de coder rythmiquement les deux voix.

Nous pensons qu'il n'est donc pas exagéré d'entrevoir là une forme d'accordage affectif (cf. Stern, 1985) où se synchronisent subtilement les deux voix adultes, même si pour être tout à fait complète, l'analyse devrait aussi s'appuyer sur les éléments visuels : quelle gestualité, même imperceptible, quelle direction du regard, quelle posture corporelle de l'un et l'autre des interlocuteurs s'accordent-elles à ces inflexions vocales et à l'harmonie ressentie ?

4 Conclusion

Ainsi, l'analyse des entretiens menés pour cette enquête exploratoire à visée descriptive et compréhensive nous mène à la conclusion selon laquelle la vocalité dans l'accompagnement du mourir, malgré une forme de surdité sociale voire de gêne vis-à-vis de ce qui touche à la voix, n'est pas exclue des situations présentées. L'analyse de l'énonciation, qui, pour gagner en lisibilité, mériterait d'une part d'être poussée plus loin notamment dans son système de codage et de représentation visuelle, et d'autre part, de s'adosser à des observations directes, nous indique l'importance de porter une attention accrue à ce qui semble le plus souvent hors du champ de conscience des principaux acteurs de ces situations ou même étranger aux pratiques sociales de référence. *Mourir en société(s)*, selon le titre général de l'ouvrage en présence, c'est aussi se donner les moyens d'analyser les situations dans toutes leurs dimensions, et de réfléchir d'une part à la formation professionnelle des accompagnants (voir Saint-Dizier de Almeida et Kebir, dans cet ouvrage ; voir Prod'homme, dans cet ouvrage), voire,

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

d'une manière plus large, à la formation artistique des individus. En effet, les entretiens les plus parlants sont ici ceux de personnes issues d'une culture où l'art tient une place centrale. Une enquête à plus large spectre pourrait avantageusement interroger l'incidence de la formation artistique sur l'affinement du regard et de l'écoute qu'elle suggère, sur l'intérêt, voire le goût qu'elle développe chez les individus à l'endroit des manières de s'exprimer et de communiquer. Enfin, interroger la place de la vocalité dans le mourir en société, c'est interroger le rapport que chacun nourrit avec la voix, avec sa propre voix et avec celle d'autrui. Acceptée, théorisée et encouragée dans le cadre des apprentissages du tout-petit, la vocalité doit encore trouver sa place dans la compréhension des mécanismes d'interaction qui soutiennent l'accompagnement du mourir, celui du petit (voir Cotte Raffour, dans cet ouvrage) comme celui du grand, plus ou moins veillissant. Il est bon de penser que si la voix et le chant accueillent les premiers moments de la vie, ils sont toujours là pour en accompagner les derniers.

Bibliographie

Amyot, Jean Jacques (2008), « Débat autour de la méthode Gineste-Marescotti », *Gérontologie et société, 31*(126), p. 178-187.

Crépon, Marc (2008), « L'imaginaire de la mort : une responsabilité éthique et politique », *Cités, 33,* p. 53-61.

Élias, Norbert (1982), *La solitude des mourants*, trad. Muller, Sybille, Paris, Christian Bourgois, coll. « Détroits », rééd. 1998.

Garric, Nathalie ; Pugnière-Saavedra, Frédérique ; Rannou, Pauline (2022), « Aider à vivre la maladie mortelle et (re) (sur)vivre après le décès », *Revue Éducation, Santé, Société, 8(2), p. 89*-111.

Golse, Bernard (1999), *Du corps à la pensée*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Le fil rouge », 1999.

Grange, Claude ; Debray, Régis, *Le dernier souffle. Accompagner la fin de vie*, Gallimard, 2023.

Grosclaude, Michèle (2019), « L'accompagnement en réanimation, ou l'entrée dans « un autre monde », *Jusqu'à la mort accompagner la vie, JAMLAV, 136*(1), https://wwwcairn.info/revue-jusqu-a-la-mort-accompagner-la-vie-2019-1-page-23.

Jankélévitch, Vladimir, *La mort,* Flammarion, 1977.

Jankélévitch, Vladimir, *Penser la mort ?* Liana Levi, 1994.

Laurent, Alexandra ; Bonnet, Magalie ; ansel, Dominique ; Aubert, Laurence ; Mellier, Denis ; Quenot, Jean-Pierre ; Capellier, Gilles (2015), « Les professionnels de réanimation à l'épreuve de la relation avec le patient », *L'évolution psychiatrique*, *80*(4), p. 809-820.

Lemoine, Élodie ; Pierron, Jean-Philippe (dir.), *La mort et le soin*, Presses universitaires de France, 2016.

Ricoeur, Paul, *Vivant jusqu'à la mort*, suivi de *Fragments*, Seuil, 2007.

Semprun, Jorge, *L'écriture ou la vie*, Gallimard, coll. « Folio », 1994.

Stern, Daniel.N, *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Presses universitaires de France, 1985, rééd. 1989.

Trevarthen, Colwyn (2010), « L'art musical et conversationnel du bébé : narration dans le temps du vécu partagé, sans interprétation rationnelle, avant les mots », *in* Deliège, Irène, Vitouch, Olivier, Ladinig, Olivia (dir.), *Musique et évolution*, Mardaga, pp 101–122

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458